



• 临床护理 •

小儿高热惊厥的抢救及护理体会

周 婷 (成都市双流区妇幼保健院 四川成都 610200)

摘要: **目的** 探讨小儿高热惊厥的抢救及护理措施。**方法** 选取我院急诊科2017年1月至2017年12月收治的33例小儿高热惊厥的患儿进行回顾性分析,归纳并总结小儿高热惊厥应采取的急救措施。**结果** 通过保持呼吸道通畅、改善组织缺氧、止惊、控制体温等一系列急救与护理措施,所有患儿的症状都得以改善,并安全转运至儿科病房,抢救成功率为100%。**结论** 高热惊厥为婴幼儿常见的急症,具有起病急与发病率高等特点,护理人员第一时间控制患者高热、惊厥、精心的护理是让患儿康复的重点。

关键词: 高热惊厥 抢救 护理体会

中图分类号: R473.72 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2018)03-258-02

小儿高热惊厥又称热性惊厥,是儿科临床常见急症之一,因神经元异常放电和过度兴奋出现的发作性或一过性脑功能紊乱,常伴有意识障碍,也可出现感觉、行为的异常等症状。发病年龄多见于6个月~6岁的患儿,尤以3岁以下儿童多见^[1]。大多数发病急骤,高热(39~40℃及以上)开始于12h内^[2]。临床表现为患儿于发病初期体温骤然升高至39℃以上时,突然起病,意识丧失,头向后仰,眼球固定上翻或斜视,口吐白沫、牙关紧闭、四肢肌肉呈强直性或阵挛性抽搐。一般持续数秒至数分钟缓解,一般不超过15min。高热惊厥是小儿时期最常见的惊厥性疾病,其起病急,发病率高,如惊厥时间过长或多次反复发作可使脑细胞受损,少部分会发生智力低下及继发癫痫的危险,甚至危及生命。因此高热惊厥发作时及时恰当的救治和护理显得尤为重要。

1 临床资料

2017年1月~2017年12月期间我科共抢救高热惊厥患儿33例,均符合小儿高热惊厥诊断标准,其中男19例,女14例,男女比例为1.36:1,年龄5个半月~12岁。体温<38.5℃的患儿1例,约占3%,体温为38.5℃~40℃之间的患儿30例,约占91%,体温>40℃的患儿2例,约占6%。上呼吸道感染、肺部感染致高热惊厥30例,肠道感染致高热惊厥2例,钙缺乏症致高热惊厥1例,平均惊厥时间为30s~13min。入我院急诊科抢救成功率100%。经保持呼吸道通畅、改善组织缺氧、止惊、控制体温等有效的处理,均安全转至儿科病房,无1例死亡。

2 抢救与护理

2.1 保持呼吸道通畅

立即解开患儿衣领,使之去枕平卧,头偏向一侧(切忌家长搂抱、按压或颠摇患者),清除其口鼻分泌物,用裹有纱布的压舌板填于其上下齿之间,以防咬破唇舌。必要时用舌钳把舌拉出,以防舌后坠引起窒息。但牙关紧闭时不可撬开,以免损伤牙齿。必要时准备好吸痰器、气管插管等用具,给予吸痰,操作时动作应轻柔,以免损伤呼吸道黏膜,同时也可减少惊厥的发生。

2.2 改善组织缺氧

惊厥患儿因呼吸不畅,加之耗氧量增加,导致组织缺氧。脑组织缺氧时,脑血管通透性增加,可引起脑组织水肿,致使惊厥加重,缺氧程度及持续时间的长短,对惊厥性脑损伤的发生及预后均有一定影响,故应及时给予氧气吸入,并适当提高氧流量,以迅速改善组织缺氧的情况^[3]。对于小于12个月的患儿应以面罩吸氧为佳,因面罩吸氧比鼻导管吸氧流量大,可及时改善缺氧症状,减轻脑乏氧所致的脑细胞损伤。如患儿发生脑病应给予高压氧治疗,对于较大患儿给予鼻导管吸氧。

2.3 止惊

迅速建立静脉通道,使患儿在尽可能短的时间内停止或减轻抽搐是抢救的关键^[4],遵医嘱立即给予快速、足量、有效的镇静、抗惊厥药物。首选安定类药物,此类药物安全、快速,5分钟内即可生效,一般剂量为0.3~0.5mg/kg。小婴儿一次用量不得超过5mg。按不

同年龄最多不超过10mg,可肌肉或静脉注射;遵医嘱肌肉注射鲁米那3~5mg/kg,或给予安定0.3~0.5mg/kg静脉缓慢注射,1mg/min,必要时可重复应用1次,24小时内可应用2~4次;也可用10%水合氯醛或0.9%NS20ml保留灌肠,必要时每4小时重复1次,对由于细菌或病毒感染引起高热而致惊厥者应该使用抗生素控制感染。

2.4 控制高体温

高热可引起机体代谢障碍和各功能系统紊乱,因此控制体温是防止发生反复抽搐及并发症的重要措施,所以对高热惊厥的患儿要尽快的降低体温,使体温控制在38℃以下,对于高热的患儿要嘱其绝对的卧床休息,各项治疗及护理操作应轻柔,集中进行,尽量减少一些不必要的刺激。并应根据病情选择适当的降温措施,其中物理降温、药物降温、静脉降温是最基本的降温方法。

中枢性高热时给予物理降温,为预防脑水肿,以头部物理降温为主,采用冰帽,降低脑组织的代谢,减少耗氧量,提高脑细胞对缺氧的耐受性,利于脑细胞恢复。其次为枕下、腋下、腹股沟放置冰袋,忌擦胸前区及腹部,在冰袋外包裹薄巾,防止局部冻伤;亦可用35℃~40℃温水擦浴。降温过程中应密切观察体温的变化,面色、四肢冷热及出汗情况,以防虚脱发生。当体温降至38.5℃时停止擦浴或给予28~32℃冷盐水清洁灌肠,降温后30min测体温一次并及时记录。

以上降温效果欠佳时,可按医嘱配合使用药物降温。口服给药,对乙酰氨基酚15mg/kg一次或布洛芬10mg/kg一次,体温反复时可4~6小时重复使用一次,对不能口服者则选用肛门给药。

患儿因高热引起机体代谢增快,酸性代谢物增多,需要的水分及营养物质也随之增多,在肾功能良好的情况下,每次给予足够的液体70~90ml/kg,既能纠正代谢紊乱,又能补充所需的能量,利于代谢产物及细菌毒素的排泄,使体温平稳的下降至正常范围。

2.5 脱水、利尿、降低颅内压

持续而频繁的严重惊厥往往都是由脑水肿存在,因此适当应用脱水剂、降低颅内压、控制脑水肿也是治疗某些严重惊厥的有效措施,常用的有以下几种:20%甘露醇、速尿、地塞米松、高渗葡萄糖等。

2.6 护理措施

2.6.1 做好基础护理 保持环境舒适、安静、空气新鲜、温湿度适宜,室温在24~26℃,相对湿度为65%为宜。各项治疗和护理尽量集中进行,操作应轻柔,减少对患儿的搬动,避免不必要的刺激。

2.6.2 供给营养:正确评估患儿体温状况和营养状况,清醒者鼓励多喝水或选择喜欢的果汁,并进食清淡、易消化、高热量饮食(高热时禁食高热量食物)。惊厥时暂禁食,等病情平稳后在喂食。汗多时应注意补充盐分。神智不清者可插胃管进行鼻饲或静脉高营养。

2.6.3 生命体征观察:密切观察患儿T、R、HR、Bp,末梢循环、瞳孔大小,神志改变及尿量改变,并做好记录;惊厥发作时,应注意惊厥类型体温变化患儿面色是否潮红,呼吸加快等及时掌握患儿体温变化情况,患儿可因体温骤升呼吸不规则出现烦躁不安,突然意识丧失、头向后仰、眼球固定、上翻、牙关紧闭、面部及四肢肌肉呈阵挛性或强直性抽搐,颈项强直,进而呼吸浅表,大小便失禁等现象,惊厥持



续时间有数秒或数分钟上,高热惊厥引起脑乏氧导致颅内压升高,故应及时观察患儿意识状态及前囟的变化以便及时发现脑水肿的早期症状。惊厥发作时还要注意其类型、抽搐的特点、次数持续和间隔时间,尤其是惊厥缓解后神智的恢复情况、皮肤的颜色、口腔的特殊气味等,并做好护理记录如发生异常立即报告医生,以便采取紧急抢救措施。

2.6.4 加强安全防护:为防止舌咬伤可用压舌板包裹纱布置于上下磨牙之间,安装床栏防止患儿坠床,在栏杆处放置棉被,以防患儿抽搐时碰到栏杆上,同时注意将床上的一切硬物移开,以免造成损伤。若患儿发作时倒在地上,应就地抢救,及时移开可能伤害患儿的一切物品,切勿用力强行牵拉,或按压患儿肢体,以免骨折或脱臼。对有可能再次发生惊厥的患儿一定要有专人守护,以防患儿发作时受伤。使用冰袋及冰枕时应用毛巾包裹起来,防止使用不当造成局部冻伤。对可能发生损伤的患儿应将纱布或棉球放在患儿的手心或腋下,防止皮肤摩擦受损。

2.6.5 心理指导与健康教育:高热惊厥往往会引起家长的极度惊慌,医护人员向家长讲解惊厥的病因,治疗及预后,耐心解答家长的疑问,减轻或消除紧张情绪。告诉家长高热惊厥患儿在今后发热时还可能出现惊厥,复发率为35%,让其知道控制好体温是预防惊厥的关键,教会家长如何观察体温变化,及时识别体温升高的早期表现和体征,如患儿精神不振,寒战,四肢发凉,呼吸增快,多为体温上升的表现,以及如何运用物理降温和药物降温的方法。演示惊厥发作时急救的方法,如按压人中、合谷等穴位,保持镇静,惊厥缓解时以最快的速度

将患儿转送到最近的医院救治。让家长了解短暂的意识障碍一般不会对孩子大脑产生大的损伤,出院后不需预防用药。但家长在家中需常备降温药物和抗惊厥药物,并正确掌握药物的剂量及用法,在发热时及时服用,预防给药,防止惊厥再次发生。使用退烧药防止药物剂量不足、服药后呕吐、退热栓手法不正确等达不到退热目的,同时观察用药后的效果尽快达到降温目的。癫痫的患儿应按时服药,不可擅自停药。经常和患儿及家长沟通,解除其焦虑和自卑的心理,建立战胜疾病的信心。同时强调定期门诊寻访的重要性,根据病情调整药物。

3 护理体会

综上所述,引起小儿高热惊厥的原因以呼吸道感染为最常见,急救时维持呼吸道通畅,及时给予吸氧,并快速建立静脉通道,遵医嘱正确、及时的使用止惊药物,控制高体温,同时密切观察患儿的病情变化,通过以上治疗与护理,我科收治的高热惊厥患儿病情均得到了有效的控制。由此可见给予及时有效的治疗和护理对于改善患儿的预后具有重要作用。

参考文献

- [1] 李继荣,刘玉荣.小儿高热惊厥的救护[J].中国中医急诊,2004,13(4):266-266.
- [2] 黄金梅.小儿高热惊厥急诊救治和护理[J].中国医学创新,2010,7(10):110-111.
- [3] 赖柏玉,吴秀清,范章辉.针刺穴位配合中药治疗小儿高热惊厥的研究[J].现代中西医结合杂志,2004,13(2):160-161.

(上接第255页)

SBAR 交班模式是以结果为导向的沟通模式,它能帮助沟通者建立一条沟通的直通道路,保证信息完整、准确、清楚的传递,能有效的降低我们护理人员的交班问题发生率,保证了每位患儿的护理质量,减少了护理安全隐患,保障了患儿的安全,提升了患儿家属的满意度。应用 SBAR 交班模式进行晨交班有利于医护团队的协助,提升医生对护理工作的满意度,整个交班过程更全面、规范、患儿信息更完整,重点突出,使医生能快速的对病情进行正确的判断,提高医生对护理专业的认可度^[5,6],体现了护士自身价值,并且促进了医护的和谐。SBAR 交班模式能帮助护士在工作中不断的提高专科业务水平及岗位适应能力,根据 SBAR 交班模式交班表,交班护士要根据患者病情给予接班护士相应的护理及观察建议,提示接班护士下一班的护理重点是什么,应该优先处理什么,观察哪些要点等,这不仅提升了交班者的评判性思维能力,而且还让接班护士,特别是低年资的护士对自己即将要做的工作有了更好的把握和自信,提升了专科水平^[7]。

综上所述,SBAR 交班表能够准确传达信息,帮助医护人员快速、准确的了解患者的情况,不会漏交或词不达意、理解错误,也不用重

复交班,应将 SBAR 交班模式形成工作常态,可以推广至患者病情汇报、健康教育及心理疏导等方面。

参考文献

- [1] 张晓燕.规范化床旁交接班模板的应用[J].护理实践与研究,2013,10(6):109-110.
- [2] 王惠芳.SBARE 卡片在急诊科患者信息交接中的应用[J].基层医学论坛,2017,21(12):1573-1574.
- [3] 牛杰.产科护士标准化沟通模式应用体验的质性研究[J].护理学报,2016,23(7):32-34.
- [4] 曹玲.SBAR 模式在神经外科监护晨交班中的应用[J].齐齐哈尔医学院学报,2014(20):3092-3093.
- [5] 蒋媛.SBAR 交班模式在儿科护理晨交班中的应用[J].当代护士(中旬刊),2015(5):178-179.
- [6] 雷巧玲.医护一体化晨交班模式的构建与实践[J].护理学杂志,2016,31(9):69-70.
- [7] 陈静.SBAR 沟通模式在心内科护理晨交班中的应用[J].当代护士,2015(11):26-27.

(上接第256页)

- [J]. 饮食保健,2017,4(1):155-156.
- [3] 孙玲玲.全程健康教育模式在糖尿病护理管理中的作用分析[J].中国继续医学教育,2016,8(32):236-237.
- [4] 陈玲.全程健康教育模式在糖尿病护理管理中的作用分析[J].糖尿病新世界,2016,19(20):165-166.
- [5] 蔡宗芳.全程健康教育模式在糖尿病护理管理中的作用分析

- [J]. 大家健康(下旬版),2016,10(10):283-283,284.
- [6] 张翠菊.全程健康教育模式在糖尿病护理管理中的作用分析[J].中国卫生产业,2016,13(22):101-103.
- [7] 陈春香,王敏,王曙霞等.全程健康教育模式在糖尿病护理管理中的作用分析[J].大家健康(中旬版),2016,10(6):290-290.
- [8] 查伍培.全程健康教育模式在糖尿病护理管理中的作用分析[J].世界临床医学,2016,10(6):210.

(上接第257页)

参考文献

- [1] 杨红军,李福霞,刘璐.循证护理在社区卫生服务中心护理工作中的应用[J].全科护理,2016,14(10):1069-1070.
- [2] 张海荣.探讨人文护理管理在社区卫生服务中心的效果[J].临床医学研究与实践,2016,1(13):186-187.
- [3] 周玉宜.社区卫生服务中心实施优质护理管理的措施和效果

- 观察[J].护理实践与研究,2015,12(7):113-114.
- [4] 许傅英,吴月红,朱益民.社区护理人员循证护理的认知及实践状况调查[J].浙江医学教育,2015,14(5):21-23.
- [5] 苏秀红.循证护理在社区高血压护理中的应用效果观察[J].中外医学研究,2017,15(5):87-88.
- [6] 邵杨芳,王丽霞,贺培凤,等.循证理念下的社区卫生服务决策探讨[J].医学信息学杂志,2014,35(2):43-46.